

Procedimento para cancelamento de autorização para aquisição direta de medicamentos de uso humano constantes da lista de substâncias ativas (DCI) do(s) Anexo I e/ou Anexo II da Deliberação do INFARMED, IP n.º 98/CD/2014, de 30 de julho, aditada pela Deliberação do INFARMED, IP n.º 63/CD/2016, de 25 de agosto, por parte de clínicas e consultórios dentários

1. Documentos de instrução do processo

- a) Requerimento devidamente assinado e datado dirigido ao Secretário Regional de Saúde e Proteção Civil, a solicitar cancelamento da autorização para aquisição direta de medicamentos de uso humano, constantes da lista de substâncias ativas (DCI) do Anexo I da Deliberação do INFARMED, IP n.º 98/CD/2014, de 30 de julho, aditada pela Deliberação do INFARMED, IP n.º 63/CD/2016, de 25 de agosto, aos fabricantes, importadores ou distribuidores por grosso, do qual deve constar:
- Nome ou firma e domicílio ou sede do requerente;
 - Número de identificação de pessoa coletiva (NIPC) ou número de identificação fiscal (NIF);
 - Identificação do responsável pelo serviço médico;
 - Identificação do responsável técnico pelos medicamentos;
 - Identificação das instalações.
- b) Fotocópia atualizada da Certidão da Conservatória do Registo Comercial ou código de acesso à certidão permanente da sociedade no caso de sociedade comercial;
- c) Documento original da autorização de aquisição direta de medicamentos de uso humano.

Os documentos supracitados só serão aceites quando revistam a forma de original, documento autenticado ou fotocópia conferida com o original ou documento autenticado pelo funcionário que a receba.

2. Outros documentos

A Secretaria Regional de Saúde e Proteção Civil e/ou Instituto de Administração da Saúde, IP-RAM, poderão solicitar outros documentos considerados fundamentais.

Local de entrega

A apresentação dos documentos deverá ser formalizada mediante requerimento, dirigido ao Secretário Regional de Saúde e Proteção Civil, podendo ser entregue diretamente na sede do Instituto de Administração da Saúde, IP-RAM, (IASAÚDE, IP-RAM), à Rua das Pretas, n.º 1, 9004-515 Funchal, mediante recibo comprovativo da entrega, ou remetido por correio.

Endereço do IASAÚDE, IP-RAM

Instituto de Administração da Saúde, IP-RAM

Rua das Pretas, n.º 1 9004-515 Funchal

Telefone: 291 212300 Fax: 291 212302

- Minuta de **Requerimento para cancelamento de autorização para aquisição direta de medicamentos de uso humano constantes da lista de substâncias ativas (DCI) do(s) Anexo I e/ou Anexo II da Deliberação do INFARMED, IP n.º 98/CD/2014, de 30 de julho, aditada pela Deliberação do INFARMED, IP n.º 63/CD/2016, de 25 de agosto, por parte de clínicas e consultórios dentários**

Exmo. Senhor

Secretário Regional de Saúde e Proteção Civil

(Entidade Proprietária – Nome em caso de pessoa singular⁽¹⁾/Denominação da sociedade conforme consta no registo comercial⁽²⁾) _____, BI/CC⁽¹⁾ n.º _____, emitido em _____, pelo arquivo de identificação de _____, validade _____, NIF⁽¹⁾/NIPC⁽²⁾ _____, matriculada na Conservatória do Registo Comercial de _____, com o código de acesso à certidão permanente n.º _____, com **domicílio⁽¹⁾/sede social⁽²⁾** sita em (**endereço completo e código postal**) _____, concelho de _____, distrito de _____, aqui representada por (**no caso de sociedade**) _____, na qualidade de (**quem obriga a sociedade**) _____, NIF _____, endereço eletrónico _____@_____, telefone n.º _____, telemóvel n.º _____, licenciada pela Secretaria Regional de Saúde e Proteção Civil para o exercício da(s) atividade(s) (**indicar a(s) atividade(s) e classificação**) _____, **na clínica / no consultório dentário** _____, com instalações sitas em (**endereço completo e código postal**) _____, freguesia de _____, concelho de _____, Região Autónoma da Madeira, telefone n.º _____, telemóvel n.º _____, fax n.º _____, detentora da autorização n.º _____, para adquirir diretamente aos fabricantes, importadores ou distribuidores por grosso, medicamentos de uso humano constantes da lista de substâncias ativas (DCI) do(s) **Anexo I e/ou Anexo II** da Deliberação do INFARMED, IP n.º 98/CD/2014, de 30 de julho, aditada pela Deliberação do INFARMED, IP n.º 63/CD/2016, de 25 de agosto, para o próprio consumo no âmbito do desenvolvimento e exercício normal das suas atividades, vem requerer a V. Ex.^a o cancelamento da referida autorização, com o fundamento de (**indicar o motivo do pedido de cancelamento**) _____, bem como cancelamento do averbamento do responsável técnico pelos medicamentos de uso humano constantes da lista de substâncias ativas (DCI) do(s) **Anexo I e/ou Anexo II** da

Deliberação supramencionada, licenciado(a) em _____, titular da carteira profissional n.º _____, emitida pela Ordem dos **Médicos Dentistas / Médicos /Farmacêuticos**, e **registado(a) no INFARMED, IP com o n.º (caso o responsável seja farmacêutico)** _____, com efeitos a partir de **(indicar a data)** _____.

Relativamente ao destino dos medicamentos informa-se que **(informar qual o destino a dar aos medicamentos)** _____.

Pede deferimento

_____, _____ de _____ de 20 ____

(Assinatura(s), de quem obriga no caso de sociedade, conforme BI/CC)

Junto se anexam os seguintes documentos:

- Fotocópia atualizada da Certidão da Conservatória do Registo Comercial ou código de acesso à certidão permanente da sociedade no caso de sociedade comercial;
- Documento original da autorização de aquisição direta de medicamentos constantes da lista de substâncias ativas (DCI) do(s) Anexo I e/ou Anexo II da Deliberação do INFARMED, IP n.º 98/CD/2014, de 30 de julho, aditada pela Deliberação do INFARMED, IP n.º 63/CD/2016, de 25 de agosto.